

## 原 著 論 文

高齢者の在宅看取りにおける訪問看護師の倫理的意思決定  
～倫理的意思決定の必要な状況での分析に焦点をあてて～**The Analysis of ethical decision-making by home visit nurses  
providing end-of-life care for the elderly**

川 上 理 子 (Michiko Kawakami)\*

## 要 約

本研究は、高齢者の在宅看取りにおける訪問看護師の倫理的意思決定のプロセスで、「倫理的意思決定における分析」はどのような因子構造と特徴をもち、看護師の要因とどのような関連があるかを明らかにすることによって課題を明確化することであった。

研究方法は、自記式質問紙を用いた量的研究であり、対象者は、高齢者の在宅看取りに関わった経験のある訪問看護ステーションに勤務する訪問看護師とした。

平成26年6月1日～7月25日に1,018通のアンケート用紙を送付し719通の回答を得た。回収率70.6%であり、有効回答数は698通、有効回答率68.6%であった。

高齢者の在宅看取りにおいて、訪問看護師は『状況に関連する主観的・客観的事実の把握』『状況に関わるものを明確にする権限の考慮』『状況の整理による倫理的決定の性質と内容の明確化』『状況が存在する場の社会的意味の探求』の分析を行っていた。影響要因として、「訪問看護経験」や「在宅看取り頻度」という訪問看護師の経験があった。

## Abstract

**Purpose:** The aim of this study was to clarify the point that would provide hints for an assistance model that can lead to no regrets in end-of-life care by home visit nurses together with the family. The point is “What is the analysis of ethical decision-making by home visit nurses in end-of-life care for the elderly?”

**Method:** This was a quantitative study using a self-administered questionnaire.

**Subjects:** The subjects were home visit nurses employed at home visit nursing stations, who had experience in providing end-of-life care for the elderly.

**Results:** A total of 1,018 questionnaires were sent out and 719 were returned (response rate 70.6%), of which 698 were valid responses (valid response rate 68.6%).

In end-of-life care for the elderly, an analysis was conducted of “subjective and objective understanding of facts related to the situation,” “consideration of one’s authority to clarify matters related to the situation,” “clarification of the nature and content of ethical determinations depending on the situation presented,” and “pursuit of social significance in the setting where the situation exists” Analysis of “subjective and objective understanding of facts related to the situation” affected the decision to “respect ethical principles,” and the analysis of “pursuit of social significance in the setting where the situation exists” affected the decision to “make end-of-life care good.”

Among factors affecting this ethical decision-making, “home visit care experience” and “frequency of end-of-life care” had a greater influence than “learned experiences in school” for nurses.

キーワード：高齢者 在宅看取り 訪問看護師 倫理的意思決定 状況の分析

---

\*高知県立大学看護学部

## I. は じ め に

近年、高齢化社会の進行・医療の高度化に伴う高齢者医療費の急騰は社会問題ともなり、療養病床群の減少・在院日数短縮・後期高齢者の医療のあり方も見直しが推進され、特に在宅推進の方向性は明確になっている。

高齢者（非がん疾患）の在宅での看取りについて、石井（2008）は「高齢者への介護から看取りの時の介護行動は連続しており、看取りは高齢者介護の延長線上に付置する」と述べている。在宅医である新田（2014）は、「高齢者の看取りががんの看取りと違うのは、最善の医療を行いながらも結果としてそれが看取りになることである。高齢者は、終末期の状態においても基本的生活が保たれていることが多い。一方で要介護高齢者の過半数は認知症であるが、認知機能が冒されることは、家族関係や基本的生活の安全が冒されてしまう。つまりがんと違い、人としての基本的な自尊心や感情への対策が肉体的苦痛の対策よりも先に求められる」と述べており、高齢者の在宅での看取りは、人としての基本的な自尊心や感情への対策も身体的な苦痛への対策以上に必要であることが示唆されている。慢性的に経過しながら徐々に状態が悪化していく高齢の在宅療養者と家族に対し、在宅継続を支援する援助だけではなく終末期の段階的な看護援助は必須の課題であり、一人一人の価値観に基づいた「死の迎え方」や意思決定を尊重する幅広いケアが求められている。

在宅看取りにおいては「介護者の87.8%が訪問看護師の支援が在宅で看取る決意に影響したと回答した」と報告されており（川越2002）、高齢者の在宅での終末期ケアにおいて看護師は、重要な役割を果たしている。在宅看取りについて、島内（2008）は非がん事例の在宅エンド・オブ・ライフケアの目的として、①基本的ニーズの援助、②ペインマネジメント、③心理・精神的援助、④スピリチュアルペインへの援助、⑤デスマネジメント、⑥家族・親族との関係調整、⑦喪失・悲観・死別サポート、⑧ケア体制の確立であると述べている。吉岡ら（2009）は、看取りケアの構成要素として【悔いのない死へのケア】【癒しと魂のケア】【苦痛緩和ケアの

保証】【情報提供と意思決定のケア】【有効なケアの調整】があると分析している。これらから、訪問看護師が行う死へのケアとしての「看取り」そのものが倫理的側面を持っており、その中で関係調整・マネジメント・意思決定の支援が求められているため、訪問看護師の倫理的な意思決定が重要であると考えられる。

「倫理的な意思決定」について、トンプソンは、看護倫理のための意思決定のアプローチとして、10のステップモデルを開発している（J.E. Thompson & H.O. Thompson 2004）。一方、ジョンストンの道徳的意思決定は5段階の過程であると述べている（S.T. Fry & M.J. Johnstone 2008）。ハステットは、臨床実践のための看護倫理として、倫理的な意思決定へのアプローチモデルを提唱し、倫理的な意思決定は、それに先立つプロセスが必要であり、さらにそのプロセスに先立って、倫理的判断が必要であると述べている（G.L. Husted & J.H. Husted 2009）。フライは看護実践における倫理的分析と意思決定のためのモデルには4つの課題、すなわち、①価値の対立の背景にある事情は何か、②状況に含まれている価値の重要性は何か、③関係する人それぞれにとって対立の意味するものは何か、④何をすべきか、が含まれると述べている（S.T. Fry & M.J. Johnstone 2008）。オルセンは、倫理的な意思決定を、価値の対立の状況や倫理的な不確かさを明らかにし、理解のために必要不可欠な事例の諸側面を集め、方法に基づく秩序だった分析を行い、より良い倫理的な成果に到達するために対人関係技能という徳を用いるプロセスであると定義している。倫理的な不確かさや価値の対立の影響を受けやすい状況として「非健康的な行動」「優先度への感受性」「曖昧な確かさ」があり、状況を十分に理解するために不可欠な5つの側面は、1）事実、2）問題解決に必要な決定、3）問題解決の為に必要とされる重要な区別の明確化、4）社会的文脈の影響の明確化、5）関連する権力と権限の系統の明確化、であると述べている（D.P. Olsen 2012, 2013）。

以上のことから、看護実践における倫理的な意思決定とは、倫理的な意思決定の必要な状況、状況についての情報収集・整理・分析・倫理原則

等に基づいた決定、決定したことの評価のプロセスであると考えられる。

そこで、本研究では高齢者の在宅看取りにおける訪問看護師の倫理的意思決定のプロセスで、「倫理的意思決定における分析」はどのような因子構造と特徴をもち、看護師の要因とどのような関連があるかを明らかにすることによって課題を明確化することを目指す。

## II. 研究の枠組み

在宅看取りにおける訪問看護師の倫理的意思決定とは、在宅看取りで訪問看護師が出会う価値の対立や倫理的に不確かな状況を認識し、状況についての分析によって、倫理原則等に基づいて決定し、決定したことの評価する一連のプロセスである。(図1)

### 1. 倫理的意思決定における分析

倫理的意思決定における分析とは、価値の対立や倫理的に不確かな状況を、多面的な要素を分類し、同時に比較検討することによって以下の5つの側面から倫理的に分析することである。

- 1) 事実：事実には単純で実証的な事実と、主観的な事実が存在する。事実は状況に関連するものであり、常に解釈を必要とするものであるが、それを解釈し把握する。
- 2) 決定：問題解決のために必要とされる倫理的な決定の性質と内容を明確化する。
- 3) 区別：倫理的な決定のため、1つの状態あるいは状況と、それとは反対の状態や状況を明確にする。
- 4) 社会的文脈：その状況が存在している環境によってもたらされる社会的意味を探究する。
- 5) 権力と権限：法律等で定められた公的な権限と、専門職との関係性・家族の関係性からくる非公式な権限があり、状況に関わるものを明確にする。

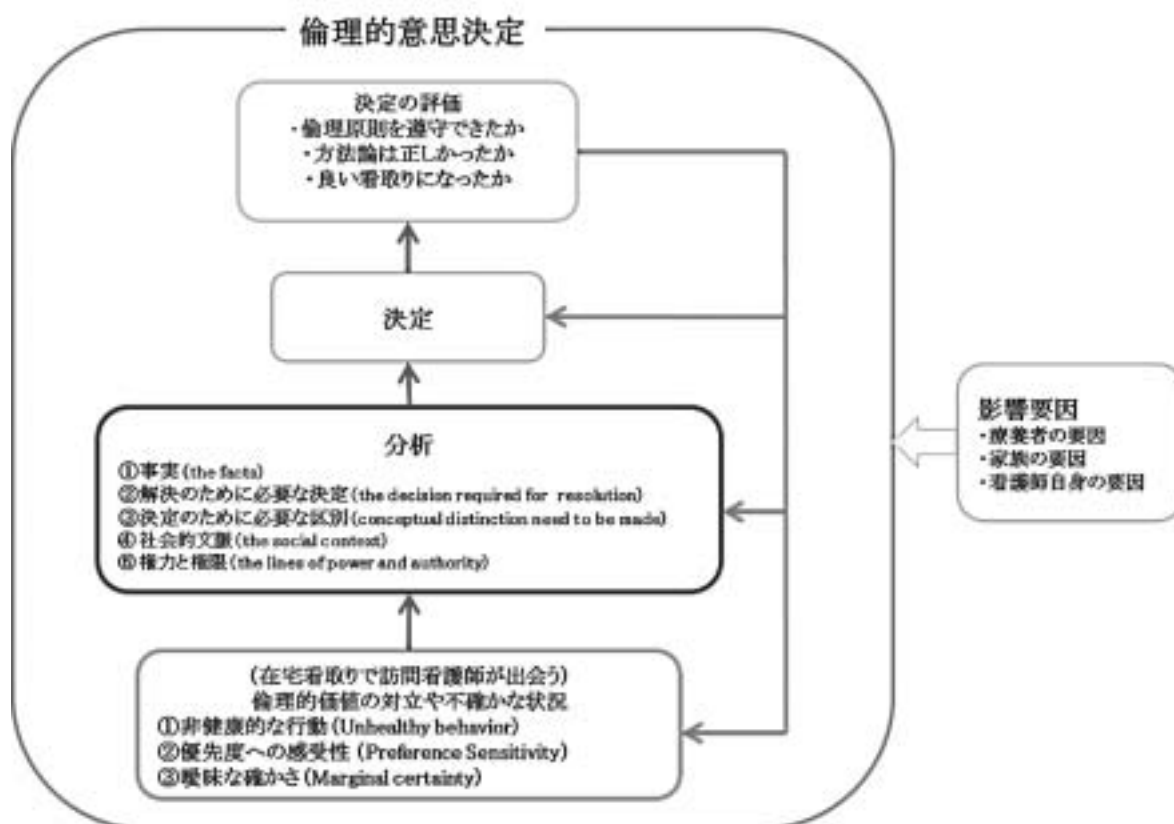


図1 在宅看取りにおける訪問看護師の倫理的意思決定の概念枠組み

### Ⅲ. 研究目的

高齢者の在宅看取りにおける訪問看護師の倫理的意思決定のプロセスで、「倫理的意思決定における分析」はどのような因子構造と特徴をもち、看護師の要因とどのような関連があるかを明らかにすることによって課題を明確化する。

### Ⅳ. 研究方法

#### 1. 研究デザイン

質問紙調査による量的研究

#### 2. 研究対象

高齢者の在宅看取りに関わった経験のある訪問看護ステーションに勤務する訪問看護師約500名とする。

#### 3. 質問紙

倫理的意思決定のプロセス36項目、影響要因22項目からなる。倫理的意思決定のプロセスは、在宅看取りで訪問看護師が会う《価値の対立や倫理的に不確かな状況》10項目、《倫理的意思決定における分析》20項目、《倫理的意思決定における決定》3項目、《倫理的意思決定における評価》3項目とした。影響要因は、看護師の要因5項目、家族の要因6項目、療養者の要因4項目とした。《価値の対立や倫理的に不確かな状況》《倫理的意思決定における分析》《倫理的意思決定における決定》《倫理的意思決定における評価》および、家族の要因、療養者の要因の項目については、「-2：まったくそう思わない」～「2：とてもそう思う」のリッカート尺度による5段階評価で回答を求めた。看護師の要因については、「経験年数」「看取り頻度」を数字で記入するものとし、倫理に関する学習経験は複数回答可有無を問うものとした。なお、本研究においては、《倫理的意思決定における分析》20項目、影響要因：看護師の要因5項目を分析に用いた。

#### 4. データ収集方法

対象者へのアクセス方法として、HP上に公開されている全国訪問看護事業会正会員および各

都道府県訪問看護協議会会員の名簿をもとに、無作為抽出した各訪問看護ステーションに電話をかけて、ステーション所長または施設長に研究協力を依頼した。口頭による同意の得られたステーションに、研究依頼書（施設用）とともに、返送用封筒を添付した承諾書、および研究依頼書（研究参加者用）と返送用封筒を添付した質問紙を協力可能な部数送付し、各ステーションの対象となる訪問看護師に1部ずつ配布していただくこととした。対象となる訪問看護師は、ステーション勤務の中で高齢者の在宅看取りを経験したことのある者とした。研究参加者用の研究依頼書に、参加は自由であり、個人・施設が特定されることのない調査であること、返信用封筒の投函をもって研究への参加同意が得られたと扱うことを明記した。そして、返信用封筒の送信者欄を空欄にするよう依頼した上で、郵送法による無記名個別回収とした。

#### 5. データ分析

データは統計用ソフト（SPSS22.0J）を用いて、因子分析、一元配置分散分析を行った。

#### 6. 倫理的配慮

研究者が所属する機関の研究倫理審査委員会の承認を得た。対象者が不利益を受けない権利の保証、自己決定の権利の保証、プライバシー、匿名性、機密性の保持などについて書面で説明した。

### Ⅴ. 結果

21都府県の175件の訪問看護ステーションに、1,018通のアンケート用紙を送付した。

アンケート回収期間は、2014年6月1日から7月25日とした。141件（80.1%）の訪問看護ステーションから研究協力の承諾書が得られ、アンケート回収数は719通（回収率70.6%）、有効回答数698通（有効回答率68.6%）であった。

#### 1. 対象者の概要

対象者の看護師経験年数：平均21.13年（SD=8.10）、訪問看護経験年数：平均8.14年（SD=5.62）であり、在宅看取り頻度：平均8.23件



(SD=11.81)／1年間であった。

倫理を学習した機会（複数回答可）については「学校で学習した」423名（60.6%）、「研修会で学習した」410名（58.7%）、「勉強会で学習した」：296名（42.4%）、「事例検討会で学んだ」：245名（35.1%）であった。倫理につ

いて学んだ内容（複数回答可）については、看護倫理：618名（88.5%）、医療の倫理：286名（41.0%）、生命倫理：249名（35.7%）、倫理学：131名（18.8%）、研究の倫理：117名（16.8%）であった。

表1 《倫理的意思決定における分析》の基礎統計量

	度 数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
1. 療養者の希望を把握する【主観的事実】	697	-2	2	1.59	0.69
2. 家族の希望を把握する【主観的事実】	692	-2	2	1.56	0.69
3. 家族の生活についての情報（介護者の健康状態・経済状態・介護能力・認知力）を把握する【実証的事実】	694	-1	2	1.48	0.68
4. 現在提供している看護ケアが療養者と家族にとって有益であるかどうか検討する【善行の原則】	695	-1	2	1.47	0.67
5. 療養者の病態（予後予測含む）を把握する【実証的事実】	687	-2	2	1.37	0.70
6. 療養者が意思決定能力を有しているかを確認する【自律性の尊重】	694	-1	2	1.35	0.75
7. 看取りに向けた目標を達成するための解決策を検討する【解決策検討】	691	-1	2	1.34	0.73
8. 看取りに向けて目標を明確にする【目標明確化】	694	-2	2	1.33	0.77
9. 家族の関係性を考慮して検討する【家族の関係性からくるもの】	696	-2	2	1.28	0.70
10. すべての情報を正しく理解できる言葉で伝えているか確認する【誠実の原則】	694	-2	2	1.10	0.82
11. 現在提供されている医療が医学的に必要か不要か検討する【善行の原則】	694	-2	2	1.07	0.84
12. 倫理的な価値の対立が起こっているか整理する【対立の整理】	691	-1	2	1.02	0.81
13. 現在の訪問看護のあり方として、妥当かどうか検討する【訪問看護としての妥当性】	694	-2	2	0.78	1.02
14. 主治医の意向を考慮して検討する【専門家への服従】	696	-2	2	0.63	0.89
15. ケアがボランティアや持ち出しにならないか検討する【公平原則】	690	-2	2	0.48	0.97
16. 現在の社会的な風潮のなかで、妥当かどうか検討する【社会的妥当性】	693	-2	2	0.34	0.94
17. 「終末期医療に関するガイドライン」（日本医師会 2008）を考慮して検討する【専門学会のガイドライン】	694	-2	2	0.10	0.97
18. 「日本看護協会看護者の倫理綱領」を考慮して検討する【専門学会のガイドライン】	691	-2	2	-0.04	1.00
19. 「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドラインー人工的水分・栄養補給の導入を中心としてー」（日本老年医学会2012）を考慮して検討する【専門学会のガイドライン】	693	-2	2	-0.08	0.97
20. 「保健師助産師看護師法」を考慮して検討する【法律に定められているもの】	689	-2	2	-0.09	1.00

表2 《倫理的意思決定における分析》の因子分析 (n=698)

		1	2	3	4
第1分析因子 状況に関連する主 観的・客観的事実 の把握	2. 家族の希望を把握する	0.950	-0.053	-0.128	0.048
	1. 療養者の希望を把握する	0.885	0.015	-0.009	-0.090
	3. 家族の生活についての情報（介護者の健康状態・経済状態・ 介護能力・認知力）を把握する	0.795	0.004	0.014	0.037
	5. 療養者の病態（予後予測含む）を把握する	0.616	0.072	0.121	
	9. 家族の関係性を考慮して検討する	0.364	-0.115	0.036	0.361
第2分析因子 状況に関連する事 柄明確にする権限 の考慮	18. 「日本看護協会看護者の倫理綱領」を考慮して検討する	0.066	0.918	-0.060	-0.014
	17. 「終末期医療に関するガイドライン」を考慮して検討する	-0.017	0.856	0.071	-0.072
	19. 「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン—人 工的水分・栄養補給の導入を中心として—」（日本老年医学 会2012）を考慮して検討する	-0.049	0.832	0.032	-0.012
	20. 「保健師助産師看護師法」を考慮して検討する	0.015	0.760	-0.087	0.151
第3分析因子 状況の整理による 倫理的決定の性質 と内容の明確化	7. 看取りに向けた目標を達成するための解決策を検討する	0.009	0.002	0.914	-0.096
	8. 看取りに向けて目標を明確にする	-0.009	-0.020	0.870	-0.057
	11. 現在提供されている医療が医学的に必要か不要か検討する	-0.071	-0.057	0.567	0.181
	6. 療養者が意思決定能力を有しているかを確認する	0.253	0.045	0.548	0.031
	4. 現在提供している看護ケアが療養者と家族にとって有益であ るかどうかが検討する	0.327	-0.077	0.531	0.034
	12. 倫理的な価値の対立が起こっているか整理する	0.316	0.120	0.359	-0.011
第4分析因子 状況が存在する場 の社会的意味の探 求	16. 現在の社会的な風潮のなかで、妥当かどうか検討する	-0.129	0.035	-0.067	0.855
	13. 現在の訪問看護のあり方として、妥当かどうか検討する	-0.011	0.090	0.050	0.659
	15. ケアがボランティアや持ち出しにならないか検討する	0.010	0.014	0.093	0.582
	14. 主治医の意向を考慮して検討する	0.113	-0.046	-0.057	0.364
	10. すべての情報を正しく理解できる言葉で伝えているか確認す る	0.167	0.053	0.275	0.317
因子相関行列 1		1.000	0.037	0.717	0.322
2		0.037	1.000	0.274	0.521
3		0.717	0.274	1.000	0.479
4		0.322	0.521	0.479	1.000

因子抽出法：主因子法、回転法：Kaiser の正規化を伴うプロマックス法、6回の反復で回転が収束

## 2. 《倫理的意思決定における分析》

### 1) 《倫理的意思決定における分析》の記述統計

《倫理的意思決定における分析》で、平均値の高い項目は、「1. 療養者の希望を把握する」(AV=1.59, SD=0.69)、「2. 家族の希望を把握する」(AV=1.56, SD=0.69)、「3. 家族の生活についての情報を把握する」(AV=1.48, SD=0.68)であった。平均値の低い項目は、「20. 保健師助産師看護師法を考慮して検討する」(AV=-0.09, SD=1.00)、「19. 高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン—人工的水分・栄養補給の導入を中心として—（日本老年医学会2012）を考慮して検討する」(AV=-0.08, SD=0.98)「18. 日本看護協会看護者の倫理綱領を考慮して検討する」(AV=-0.04, SD=1.00)

であった。（表1）20項目で天井効果、フロア効果は特にみられなかったため、すべての項目を分析に用いることとした。

### 2) 《倫理的意思決定における分析》についての因子分析

《倫理的意思決定における分析》について因子構造を明らかにするため、主因子法による因子分析を実施した。初期の固有値は、7.17、3.56、1.38、1.09、0.93・・・であり、固有値1以上とすると4因子構造が妥当であった。20項目すべてにおいて因子負荷量が0.30を上回っていたため、項目の除外はせず、20項目を変数とし、4因子を仮定して、主因子法・プロマックス回転による因子分析を行ったところ、表1

の通りの因子パターンと因子相関となった。  
「4. 現在提供している看護ケアが療養者と家族にとって有益であるかどうか検討」と「12. 倫理的価値の対立が起こっているか整理する」は第1因子と第3因子でともに因子負荷量が0.3以上であったが、除外はせず、意味内容を考慮し、負荷量の大きい第3因子とした。4因子は第1分析因子『状況に関連する主観的・客観的事実の把握』、第2分析因子『状況に関連する事柄明確にする権限の考慮』、第3分析因子『状況の整理による倫理的決定の性質と内容の明確化』、第4分析因子『状況が存在する場の社会的意味の探求』とした。因子ごとのクロンバック $\alpha$ 係数は、第1分析因子：0.86、第2分析因子：0.91、第3分析因子：0.87、第4分析因子：0.73であった。なお、回転前の4因子で20項目の全分散を説明する割合は、57.75%であった。(表2)

### 3) 《倫理的意思決定における分析》に影響する看護師の要因

(1) 訪問看護経験年数の差による項目平均値の差  
訪問看護経験年数を①2年未満、②2年以上5年未満、③5年以上15年未満、④15年以上の4群に分けて、分析20項目それぞれに対し、一元配置分散分析およびTukey法による多重比較を実施したところ「12. 倫理的な価値の対立が起こっているか整理する」では経験2年以上5年未満の群は、15年以上の訪問看護師経験のある群より、有意に平均値が低かった。(表3)

(2) 在宅看取り頻度の差による項目平均値の差の検定

在宅看取り件数を1年に何例あるか換算し、①4ヶ月に1例未満、②4ヶ月に1例以上2ヶ月に1例未満、③2ヶ月に1例以上1ヶ月に1例未満、④1ヶ月に1例以上の4群に分けて、一元配置分散分析を実施したところ以下の5項目において有意差が見られた。「12. 倫理的な価値の対立が起こっているか整理する」では、在宅看取り件数が1ヶ月に1例以上の群は、4ヶ月に1例以上2ヶ月に1例未満の群より、有意に平均値が高かった ( $p=0.025$ )。「7. 看取りに向けた目標を達成するための解決策を検討する」では、在宅看取り件数が1ヶ月に1例以上の群は、4ヶ月に1例未満の群より有意に平均値が高かった ( $p=0.012$ )。「4. 現在提供している看護ケアが療養者と家族にとって有益であるかどうか検討する」では、在宅看取り件数が1ヶ月に1例以上の群は、2ヶ月に1例以上1ヶ月に1例未満の群より有意に平均値が高かった ( $p=0.030$ )。「11. 現在提供されている医療が医学的に必要か不要か検討する」では、在宅看取り件数が1ヶ月に1例以上の群は、4ヶ月に1例未満の群より有意に平均値が高かった ( $p=0.003$ )。「10. すべての情報を正しく理解できる言葉で伝えているか確認する」では在宅看取り件数が1ヶ月に1例以上の群は、4ヶ月に1例未満の群より有意に平均値が高かった ( $p=0.012$ )。(表4)

表3 訪問看護経験年数による《倫理的意思決定における分析》の平均値の差

倫理的意思決定における分析	訪問看護経験年数	度数	平均値	一元配置分散分析		多重比較 有意水準
				F	有意水準	
12. 倫理的な価値の対立が起こっているか整理する (n=689)	2年未満	94	.95	4.247	**	* ┌ └
	2年以上5年未満	132	.84			
	5年以上15年未満	347	1.07			
	15年以上	116	1.17			

有意水準 \*\*: $p<0.01$ 、\*: $p<0.05$

表4 在宅看取り頻度による《倫理的意思決定における分析》の平均値の差

倫理的意思決定における分析	在宅看取り頻度	度数	平均値	一元配置分散分析		多重比較 有意水準
				F	有意水準	
12. 倫理的な価値の対立が起こっているか整理する (n=652)	4ヶ月に1例未満	206	.98	3.666	*	□ *
	4ヶ月に1例以上2ヶ月に1例未満	166	1.01			
	4ヶ月に1例以上1ヶ月に1例未満	110	.88			
	1ヶ月に1例以上	170	1.19			
7. 看取りに向けた目標を達成するための解決策を検討する (n=652)	4ヶ月に1例未満	207	1.23	3.210	*	□ *
	4ヶ月に1例以上2ヶ月に1例未満	165	1.37			
	2ヶ月に1例以上1ヶ月に1例未満	109	1.33			
	1ヶ月に1例以上	171	1.46			
4. 現在提供している看護ケアが療養者と家族にとって有益であるかどうか検討する (n=656)	4ヶ月に1例未満	208	1.43	3.088	*	□ *
	4ヶ月に1例以上2ヶ月に1例未満	167	1.52			
	2ヶ月に1例以上1ヶ月に1例未満	110	1.34			
	1ヶ月に1例以上	171	1.56			
11. 現在提供されている医療が医学的に必要か不要か検討する (n=655)	4ヶ月に1例未満	207	0.93	4.283	**	□ **
	4ヶ月に1例以上2ヶ月に1例未満	167	1.11			
	2ヶ月に1例以上1ヶ月に1例未満	110	1.03			
	1ヶ月に1例以上	171	1.56			
10. すべての情報を正しく理解できる言葉で伝えているか確認する (n=655)	4ヶ月に1例未満	209	1.00	3.310	*	□ *
	4ヶ月に1例以上2ヶ月に1例未満	165	1.13			
	2ヶ月に1例以上1ヶ月に1例未満	110	1.06			
	1ヶ月に1例以上	171	1.26			

有意水準 \*\*: $p<0.01$ 、\*: $p<0.05$ 

## VI. 考 察

### 1. 因子構造からみた「倫理的意思決定における分析」の特徴

今回の結果で4因子中、各項目の平均値が最も高かったのは第1分析因子『状況に関連する主観的・客観的事実の把握』であった。状況に関連する事実を把握することは看護過程の基本であり、ケアを展開するために必須の看護技術であるため、平均値の高いことは当然であろう。ただ、「1.療養者の希望の把握」だけでなく、「2.家族の希望の把握」「3.家族の生活情報の把握」「9.家族の関係性の把握」の平均値も高いことは、「家族全体を看護する」訪問看護師の特徴であり、強みであると考えられる。東は、

在宅での看取りを達成するために、家族がケアの過程で生じる困難な状況にどのように対処しているかを検討する中で、家族対処を促す看護介入としては、在宅療養にこだわるという家族の核を基盤にして関わりを続けることであると述べている（東2003）。訪問看護師である宮崎、山口は、「家族は、看取りのプロセスを通して浮き沈む心情や不安・困難を抱え、その思いはプロセスを追って変化する」（山口ら2008）（東ら2003）と述べ、吉岡らは、終末期がん患者の家族への介入を、「家族のセルフケア能力を高め、家族としてのまとまりを維持、強化し、家族の平穏な看取りを支援するために、看護師が終末期のがん患者と家族に行うケア行動」と定



義している（吉岡他2009）。このように訪問看護師にとって、看取りは、患者の死の迎え方に関わる事象であり、患者の苦痛緩和や安寧を目指すと共に、家族が患者の死が近いことを理解して、揺れながらも家族が患者に寄り添うことを意味し、看護師は、「家族全体を看護する」役割を果たすために状況を分析していると考えることができる。

高齢者の在宅看取りにおいては、意思や今後の方向性について不確かな状況であることも多いと思われる。そのため、在宅での看取りを視野に入れた訪問看護師は、その可能性について情報を収集していくことが求められる。情報収集に際しては、在宅看取りを中心であり、必要な決定やサービスを調整し、そのケアのあり方を最終的に評価する役割の家族とその生活を把握することは重要課題であろう。訪問看護師は、常日頃から、それぞれも家族の理解力・介護力・経済力等に合わせて個別ケアを提案し、実施することを求められるため、第1分析因子『状況に関連する主観的・客観的事実の把握』には、自信をもって「実施している」と回答していると思われる。「看護倫理のための意思決定10のステップ」（J. E. Thompson & H. O. Thompson 2004）では、「ステップ1：健康問題、必要な決定、倫理的構成要素およびキーパーソンを決定するために状況を再検討する。ステップ2：状況を明らかにするために、補足的情報を収集する」のように意思決定モデルの最初のステップを状況把握のための情報収集と位置づけている。今回の調査結果では、必ずしも倫理的意思決定を意識しての情報把握ではないかもしれないが、十分に実施できているといえるのではない。

今回の調査結果では、倫理的な課題があると思ったときに課題を分析する際、看護師としての判断の基準となる法律・綱領・ガイドラインを検討すると回答した者の割合は低く、第2分析因子：『状況に関連する事柄を明確にする権限の考慮』は、項目ごとの平均値が最も低く、標準偏差の大きかった。日常的なケアの中で倫理的な課題を分析的に考える時に、抽象的・一般的な表現で示される法律・綱領・ガイドラインは、具体的な事例で解釈、理解、適用する余

裕が充分にない、またはそのように意識しながら実践する経験が十分でないために低くなったのではない。看護師は、高齢者ケアにおいて日常倫理に基づく援助技術は看護として実施できている（谷本他2010）が、倫理的な価値の対立や不確かな状況における分析で、状況に関連する事柄を明確にする権限の考慮が十分でないことが示唆された。しかし、倫理的課題を分析する際、その倫理的な判断の基準となるものなしに決定することは「決定」内容そのものに影響することが予測され、実践の場で活用できる看護倫理についての教育プログラムが必要であると考えられる。

本調査結果で、訪問看護経験5年以上の看護師においては、「療養者と家族の希望が異なる」状況では、倫理綱領・終末期医療ガイドライン・高齢者ケアガイドラインを検討すると回答しており、療養者の希望と家族の希望の対立に対して、経験のある訪問看護師は、倫理的な基準をもとに検討していることがわかる。しかしながら、「倫理的な価値の対立」についての検討、あるいは倫理綱領やガイドラインといった判断基準になるものについては充分しているという回答割合が低く、権限を考慮・活用できていないことが伺える。1人で療養者・家族が生活する場に入って、ケアする訪問看護師にとって、倫理的な課題に対する分析の力、特に『状況に関連する事柄を明確にする権限の考慮』を踏まえた分析力は重要な課題であると考えられる。

第3分析因子『状況の整理による倫理的決定の性質と内容の明確化』の項目－「12.対立の整理」「8.目標明確化」「7.解決策検討」「6.自律性の尊重」「4.ケアの有益性検討（善行の原則）」「11.医療の必要性検討（善行の原則）」は、第1分析因子の項目に次いで平均値が高く、また第1分析因子との相関も高かった。これは、課題のある状況の課題解決のために、集めた情報を解釈・整理し、方向性や内容を明確にして決定していくことが、看護過程の学習と経験を通して基本的に看護師が身につけている方法論であるため、情報の把握をする第1分析因子と、状況の整理をする第3分析因子の相関が高くなり、また第3分析因子に属する項目そのものの平均値も高くなったと考えられる。

第4分析因子『状況が存在する場の社会的意味の探求』の項目については、平均値は第1・第3分析因子より低く、ばらつきが見られる項目であった。「15. 公平の原則」「10. 誠実の原則」「16. 社会的妥当性」「13. 訪問看護としての妥当性」についての項目の平均値は相対的に低かった。渡辺は、訪問看護師と患者の関係性の構築において、患者・家族のパワーに圧倒されて、看護師が支配される関係に陥るといった、患者・家族と訪問看護師の関係性の歪みが生じる事例について分析し、訪問看護師がその関係を修復することの困難さは、無自覚なまま関係性がつづいていくことと、関係を修復するための自己表現力、サポート体制が不十分であることを挙げている（渡辺2005）。今回の結果からも、療養者・家族本位のケアを目指すという訪問看護師の使命感から、1対1で関わる訪問看護師は、不安や困難を抱える療養者と家族に巻き込まれやすく、「平等」「誠実」「正義」「正当」といった倫理原則に状況を照らし合わせて分析することが容易ではないこと、また社会的な文脈での自身の関わりの妥当性についても分析が容易ではないことが示唆された。しかしながら、看護は、対象者へのケアを提供するサービスであるため、社会・医療の状況や政策等さまざまな影響を受けているが、在宅での看取りは、生活の場でのケアであること、看取りという生命を扱う倫理的な側面を持っていることからいっそう社会的な意味を考えることが重要であると考え

## 2. 倫理的意思決定における「分析」に関連する看護師の要因

第3分析因子『状況の整理による倫理的决定の性質と内容の明確化』に含まれる項目「12. 対立の整理」については経験年数の高い群と在宅看取り頻度の高い群、「7. 解決策検討」「11. 医療の必要性検討（善行の原則）」「4. ケアの有益性検討（善行の原則）」は、在宅看取り頻度の高い群の平均値が有意に高く、この分析力は経験も重要であると考えられる。訪問看護経験あるいは、在宅看取りの経験が多い看護師は、倫理的価値の対立や不確かな状況で倫理的な課題に会う機会も多く、その状況を解決するた

めの分析力を身につけてきたのであろう。どのような対立があるのかを整理するためには、一つ一つの情報を関連づけ、統合しながら、俯瞰的視野で状況を検討できる力が必要であり、それらは、経験により磨かれる側面が大きいのではない。しかし、「対立を整理」することは、価値の対立のある状況では重要な分析であり、経験がなくても活用することができるような方策が必要ではないか。具体的には、ステーション内あるいは他のステーションとの合同での事例検討や研修会・勉強会参加による知識・技術の獲得や、倫理的な意思決定の必要な状況の分析を容易にするツールの開発が今後の課題である。

第4分析因子『状況が存在する場の社会的意味の探求』の「4. ケアの有益性検討（善行の原則）」「11. 医療の必要性検討（善行の原則）」および「10. 誠実の原則」の項目で、在宅看取り頻度の高い群の平均値が有意に高く、在宅看取り頻度の高い看護師は、在宅看取りの場で行われているケア・処置に対しそれが本当に意味のある事であるかどうか、誠実な情報提供を確保しているかどうかを分析していることが明らかになった。在宅看取り頻度の高い群は、事例を重ねる中で、ケアを実施するだけでなく、その意味を考え、実施していることや今後の予測などの情報をきちんと伝えることを重要だと捉えていると考える。

## 3. 高齢者の在宅看取りにおける訪問看護師の倫理的意思決定における分析での課題

今回の結果から、訪問看護師は倫理的意思決定における分析では、『状況に関連する主観的・客観的事実の把握』『状況の整理による倫理的决定の性質と内容の明確化』は、十分に実施できていることが示唆された一方、『状況に関連する事柄を明確にする権限の考慮』『状況が存在する場の社会的意味の探求』については、十分な分析を実施しているとはいえないことが明らかになった。『状況に関連する事柄を明確にする権限の考慮』として、価値の対立や不確かな状況で、法的根拠や倫理綱領・ガイドラインを実践レベルで活用できるよう、訪問看護師の経験則で分析するのではなく、高齢者の在宅看

取りについて事例ベースでの教育や、倫理的な意思決定の必要な状況の分析を容易にするツールの開発や倫理的な意思決定モデルの活用が有効であると考えられる（橋本2010a、2010b）。また、『状況が存在する場の社会的意味の探求』についても、倫理原則や社会的な妥当性についての認識は低く、訪問看護師として患者・家族との関係性の構築方法と困難さへの対処能力をつける教育プログラムを提案することが求められる。

## VII. 結 論

高齢者の在宅看取りにおける訪問看護師の倫理的な意思決定における分析として、『状況に関連する主観的・客観的事実の把握』『状況に関連する事柄を明確にする権限の考慮』『状況の整理による倫理的決定の性質と内容の明確化』『状況が存在する場の社会的意味の探求』の4因子が抽出された。各項目の平均値のもっとも高い因子は第1因子：『状況に関連する主観的・客観的事実の把握』であった。最も平均値の低く、ばらつきの大きい因子は第3因子：『状況に関連する事柄を明確にする権限の考慮』であった。『状況の整理による倫理的決定の性質と内容の明確化』に含まれる「12. 対立の整理」は訪問看護経験年数の長い群および在宅看取り頻度の多い群で、「7. 解決策の検討」「4. 看護の有益性の検討（善行の原則）」「14. 医学的必要性の検討（善行の原則）」は、在宅看取り頻度の多い群で有意に平均値が高かった。

※本論文は、科学研究費助成事業（課題番号26463502）による学術研究助成基金助成金を受けたものである。

### <引用文献>

- Douglas P. Olsen (2013)：倫理的な意思決定－原則と関係性，日本看護倫理学会誌，5(1)，84-102.
- Gladys L.Husted & James H.Husted, Ethical Decision Making in Nursing 2nd edition, Elsevier, 1995. 藤村龍子監訳 (2009)：臨床実践のための看護倫理－倫理的な意思決定へのアプローチ，226-229，東京：医学書院.
- 橋本和子 (2010)：Sara T.Fryの倫理的な意思決定モデル活用した事例の分析方法，国際ナースケア研究，9(1)，11-17.
- 橋本和子 (2010)：Thompson, J.E & Thompson, H.Oの倫理的な意思決定モデル用した事例の分析，看護・保健科学研究誌，10(1)，120-128.
- 東清巳，永田千鶴 (2003)：在宅ターミナルケアにおける家族対処の特徴と看護介入，日本地域看護学会誌，6(1)，40-48.
- 石井京子 (2008)：高齢者への死の準備学習を促進するプログラムの実践活動，ヒューマン・ケア研究，9，53-63.
- Joyce E. Thompson & Henry O. Thompson, Bioethical Decision Making for Nurses, University Press of America., 1992. ケイコ・イマイ・キン他監訳 (2004)：看護倫理の為の意思決定10のステップ，97-210，東京：日本看護協会出版会.
- 川越博美 (2002)：在宅ターミナルケアのすすめ，10，日本看護協会出版会.
- 宮崎和加子 (2006)：在宅での看取りのケア－家族支援を中心に，東京：日本看護協会出版会，98-99.
- 新田國夫 (2014)：在宅医療の現状と問題点、その延長上にある看取り，Expert Nurse，30(9)，77-80.
- Olsen, D(2012)：Deceiving patients：“Let’s just put the meds in applesauce.” American Journal of Nursing, 112(3)，67-69.
- SaraT.Fry & Megan-Jane Johnstone, Ethics in Nursing Practice－A Guide to Decision Making, International Council of Nurses, 2008, 片田範子，山本あい子訳 (2010)：看護実践のための倫理（第3版）倫理的な意思決定のためのガイド，76-83. 東京：日本看護協会出版会.
- 島内節 (2008)：在宅高齢者の終末期ケアにおける経過時期別に見た緊急ニーズ，日本看護学会誌，28(3)，23-33.
- 田中真弓，岡光京子 (2013)：終末期がん患者の自立した日常生活行動を援助する上で生じる看護師の倫理的問題を解決する影響要因に

関する研究、日本看護倫理学会誌，5(1)，58-62.

谷本真理子，黒田久美子，田所良之他（2010）：  
高齢者ケアにおける日常倫理に基づく援助技術，日本看護科学会誌，30(1)，25-33.

吉岡さおり，小笠原知枝，中橋苗代他（2009）：  
終末期がん患者の家族支援に焦点を当てた看  
取りケア尺度の開発，日本看護科学会誌29(2)，

11-20.

山口小百合，柳原清子（2008）：在宅ターミナルケアにおける家族の「死の看取りのプロセス」の構造化，新潟大学医学部保健学科紀要，9(1)，45-56.

渡辺裕子（2005）：患者・家族との関係性の構築，家族看護3(1)，33-39. b